

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

L'HOSPITALISATION EN HOPITAL

L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
échelonnés dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRAITEMENT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



M U P R A S
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

30 NOV. 2000

FEUILLE DE SOINS 1615327

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SERIR KAMAL
Matricule : 8313 Fonction : CK Poste : IS
Adresse : 14 RUE ISHAK IBNOU HANINI 2^e étg Apt 7 CASA
Tél. : 0662 80 14 34 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

.....
.....

A , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

RELEVE DES FRAIS HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|--|
| 24-9-20 | C 3 | G | Médecin Colonel M. CHEMSI Professeur de Médecine Aéronautique Spécialiste de Médecine Interne Médecin Chef du CEMPN/RABAT 05-101106904 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  es. Masurel, Rue de la Gare, 23300 SAINT-JEAN-DE-FOUCAUD Tél.: 0522 23 50 60 - Fax: 0522 23 50 61 Email : info@radiologiemasurel.com | 16/11/20 | 80400 PULS | 644,60 HT |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
الجامعي

M. CHEMSI

Aéronautique

Interne

RABAT

65904

Médecin Colonel M.
Professeur de Médecine
Spécialiste de Médecine
Médecin Chef du CE
INPE : 10116904

glycemi à jeun
et

HbA_{1c}

Cholesterol HDL LDL

Tri glycerides

7

Médecin Colonel M. CHEMSI
Professeur de Médecine Aéronautique
Spécialiste de Médecine Interne
Médecin Chef du CEMPNRABAT
INPE : 10116904

LABOSOCRALE
Rés. Masural, Rue Socra, Marrakech N°4
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 20 21 15
Email : labo.socrale@wanadoo.ma

0 000 Casablanca
tel: 0522 25 85 08
wara.ma

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N° 4 –

CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6413417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 200005907

CASABLANCA le 16-11-2020

Mr Kamal SERIR

Demande N° 201116A004

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 16-11-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|-----------------------------------|------|-------|
| PS | Prélèvement sang | E25 | E |
| 0106 | Cholestérol total | B30 | B |
| 0108 | Cholestérol H D L | B50 | B |
| 0119 | Hémoglobine glycosylée | B100 | B |
| 0134 | Triglycérides | B60 | B |
| 0141 | Gamma glutamyl transférase (GGT) | B50 | B |
| 0143 | Phosphatases alcalines | B50 | B |
| 0146 | Transaminases O (TGO) | B50 | B |
| 0147 | Transaminases P (TGP) | B50 | B |

Total des B : 440

TOTAL DOSSIER : 614.60DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quatorze dirhams soixante centimes



Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N° 4 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@medemera.ma

Code Patient : DEVIS1505050001
Date de l'examen : 16-11-2020

Saisie le 16-11-2020 08:19

Mr Kamal SERIR
Réf : 201116A004
Prescription : Dr m chemsi

BIOCHIMIE SANGUINE

| | | | |
|---|-------------------------|--------------------|--------------------|
| | | | 12-06-2020 |
| HbA1c (G8 Tosoh) | 6.2 % | (4.0-6.0) | 6.6 |
| Cholestérol total (Dosage enzymatique) | 2.24 g/l 5.79 mmol/L | (<2.00) (<5.17) | 02-06-2020 1.89 |
| Triglycérides (Dosage enzymatique) | 1.79 g/L 1.79 mmol/L | (<1.50) (<1.50) | 02-06-2020 1.88 |
| HDL-Cholestérol (Dosage enzymatique) | 0.39 g/L 1.01 mmol/L | (>0.40) (>1.03) | 02-06-2020 0.37 |
| LDL-Cholestérol (calculé selon la formule de Friedwald) | 1.49 g/L 3.85 mmol/L | (<1.60) (<4.14) | 02-06-2020 1.14 |
| Transaminases GOT (ASAT) (Dosage enzymatique) | 25 UI/L | (10-50) | 02-06-2020 18 |
| Transaminases GPT (ALAT) (Dosage enzymatique) | 40 UI/L | (<41) | 02-06-2020 26 |
| Phosphatase alcaline (PAL) (Dosage enzymatique) | 73 UI/L | (40-129) | |



مختبر التحاليل الطبية سocrate
laboratoire de biologie médicale Socrate

Page 1 sur 2

201116A004 – Mr Kamal SERIR
Date de l'examen : 16-11-2020

Gamma glutamyl-transferase (GGT)
(Dosage enzymatique)

59 UI/L (8-61)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

Abdellatif LOUDGHIRI
Dr Abdellatif LOUDGHIRI, Pharmacien Biologiste
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université René Descartes Paris V
Rue Socrate n°4 - 20 000 Casablanca
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802

Page 2 sur 2

مختبر التحاليلات الطبية سقراط
laboratoire de biologie médicale Socrate